

INTRODUCCIÓN

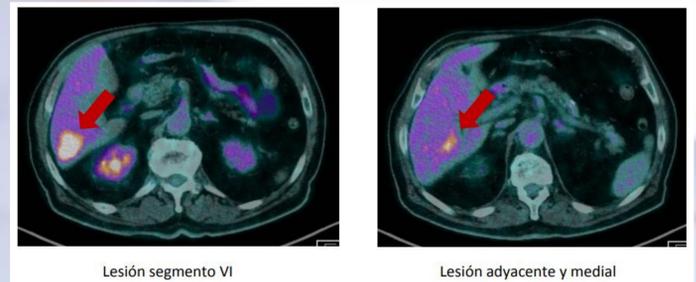
Las metástasis hepáticas son causa principal de mortalidad en pacientes oncológicos, especialmente aquellos con tumores gastrointestinales. El tratamiento de la enfermedad diseminada se ha enfocado principalmente a terapias sistémicas, pero el concepto de enfermedad oligometastásica como estado intermedio entre enfermedad confinada vs diseminada, en el que la progresión a distancia presenta un número limitado de lesiones, ha permitido optar a este subgrupo a tratamientos locales con intención ablativa como cirugía, radioterapia (RT) o radiofrecuencia (RF), consiguiendo aumentar las tasas de control local e impactando en la supervivencia.

El desarrollo tecnológico ha permitido, por un lado, mediante la mejora de las pruebas de imagen, identificar de forma precoz a estos pacientes oligometastásicos, aumentando la prevalencia de esta entidad y, por otro, el desarrollo de técnicas como la SBRT (radioterapia estereotáctica fraccionada) con fines ablativos y mínima toxicidad.

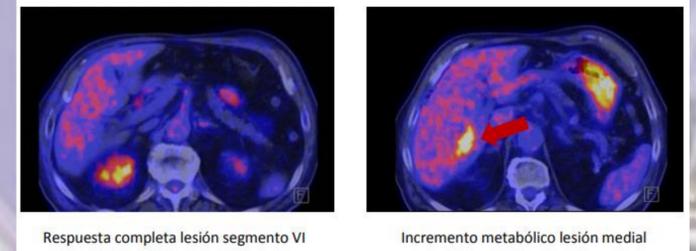
CASO CLÍNICO

Varón de 77 años diagnosticado en 2006 de Adenocarcinoma G2 de recto medio uT3N0M0, recibió tratamiento preoperatorio con radioterapia concomitante con capecitabina y posterior resección anterior baja e ileostomía. Con estadio patológico pT1N0M0, realizó adyuvancia con capecitabina en esquema estándar. Tras intervalo libre de enfermedad de 7 años, en Enero/2014 se detecta lesión sugestiva de malignidad en cola hepática (segmento VI), confirmándose por PET y, medial a ella, se objetiva otro foco hipermetabólico. Dada la edad del paciente, 85 años, se desestima de forma multidisciplinar en subcomisión de tumores digestivos, abordaje quirúrgico, por lo que se administra SBRT hepática ablativa (60 Gy/5 fracciones) en octubre/2014, alcanzando respuesta completa en la lesión de cola hepática y persistencia de la medial. Inicia seguimiento, apreciándose, a los seis meses de la SBRT, nueva lesión hepática. Se decide multidisciplinariamente nueva irradiación, abarcando ambas lesiones con dos volúmenes de planificación independientes (re-irradiando uno), administrando radicalmente 3 fracciones de 12Gy en días alternos. En septiembre/2016 se verificó respuesta radiológica completa. Tras 18 meses de seguimiento debuta con rectorragia, realizándose endoscopia con biopsia compatible con recidiva rectal y/o nuevo primario. Desestimado tratamiento quirúrgico radical, se realizó RT hemostática administrando 20Gy, sobre la lesión rectal con margen, consiguiendo respuesta sintomática. En Julio/18, 17 meses tras la irradiación sintomática rectal sin nuevo episodio de sangrado, debuta con ictericia obstructiva, objetivándose progresión hepática por nódulo linfático hilar, que condiciona obstrucción biliar. Se inserta prótesis percutánea endobiliar solventando el cuadro obstructivo, pero falleciendo durante ese ingreso por insuficiencia renal, a los 89 años de edad.

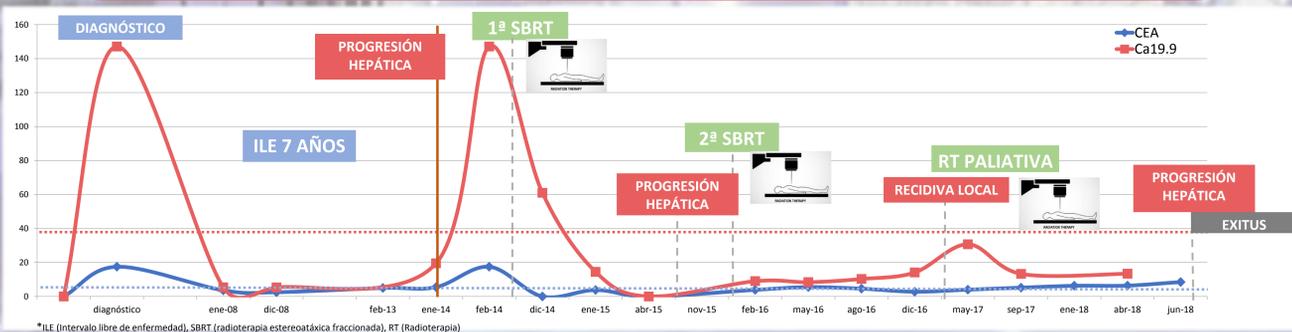
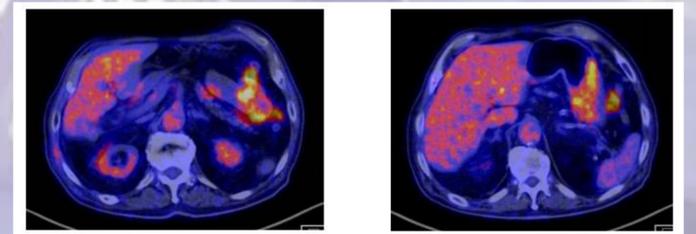
1ª progresión hepática (PET-TC 14/03/2014):



2ª progresión (PET-TC 21/05/2015):



Respuesta completa hepática PET-TC (13/09/2016)



DISCUSIÓN

Nuestro paciente presenta una supervivencia global de 4 años tras la oligoprogresión y 11 años tras el diagnóstico inicial, aún habiendo sido desestimado el tratamiento sistémico. Mantuvo buen Performance Status y alta calidad de vida durante todo el proceso. Los paradigmas clásicos del manejo de la enfermedad diseminada, ante la que se contemplaba terapia sistémica exclusivamente paliativa, están evolucionando, dada la evidencia de que terapias locales dirigidas pueden lograr aumento en las tasas de supervivencia libre de enfermedad e incluso de la supervivencia global. Aunque la eficacia y seguridad de la SBRT ha quedado establecida como tratamiento para las metástasis hepáticas, sólo disponemos de ensayos fase I / II con muestras pequeñas. Entre otras razones, por la competitividad de terapias locales ablativas no quirúrgicas dirigidas al mismo subgrupo subsidiario a SBRT, seleccionando una u otra terapia por la localización de las metástasis y/o la disponibilidad técnica del centro. Por ello, la comparación prospectiva entre las dos terapias locales más relevantes, RF y SBRT, es en gran medida deficiente. Se necesitan estudios, no sólo para demostrar la superioridad de una terapia frente a la otra, sino también, estudiar el impacto de dichas terapias sobre las tasas de supervivencia y analizar la óptima imbricación de estas con el tratamiento sistémico.

REFERENCIAS

-Hellman S, Weichselbaum RR. Oligometastases. *J Clin Oncol.* 1995;13(1): 8–10
 -Oligometastases and Oligo-recurrence: The New Era of Cancer Therapy. Yuzuru Niibe* and Kazushige Hayakawa. *Jpn J Clin Oncol* 2010;40(2)107– 111 doi:10.1093/jco/hyp167
 -Lopez Guerra et al. *International Journal of Radiation Oncology* 2012
 -Weichselbaum, R. R. & Hellman, S. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 8, 378–382 (2011); published online 22 March 2011; doi:10.1038/nrclinonc.2011.4
 -Klement RJ, Guckenberger M, et al. Stereotactic body radiotherapy for oligo-metastatic liver disease – Influence of pre-treatment chemotherapy and histology on local tumor control. *Rad Onc* 2017